

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 134

Les rapports de l'épilepsie avec la Psychose maniaque dépressive

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Février 1933

PAR

André-Georges HÉDOUIN

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Né à VALOGNES (Manche), le 14 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur	Juges.
		PERY, agrégé	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0076

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 134

Les rapports de l'épilepsie avec la Psychose maniaque dépressive

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 1^{er} Février 1933

PAR

. André-Georges HÉDOUIN

INTERNE A L'ASILE DE CHATEAU-PICON

Né à VALOGNES (Manche), le 14 septembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur	Juges.
		PERY, agrégé	
		PERRENS, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÈGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

Leur exemple restera toujours présent
devant mes yeux.

Puisse la carrière que m'ouvre ce travail leur faire honneur et les récompenser des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, avant de présenter ce travail, de témoigner notre reconnaissance à ceux dont les leçons et les conseils nous ont permis de l'entreprendre.

Nos remerciements vont d'abord à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, dont nous avons suivi les cours et dont les leçons cliniques à l'Hôpital nous ont appris les éléments de l'art médical.

Depuis longtemps déjà, nous nous sommes intéressé à la psychiatrie. A l'Asile de Cadillac, M. le Docteur Ducos, que nous avons eu depuis le plaisir de retrouver à Château-Picon, nous a reçu avec bonté, nous a prodigué largement ses conseils; nous avons été aussi l'élève de M. le Docteur Régis, qui, à plus d'un titre, mérite notre reconnaissance; qu'il nous permette de l'assurer ici de notre dévouement.

Que M. le Docteur Gardes nous permette aussi de lui dire combien nous ont été profitables ses leçons et précieuse son amitié.

Depuis quelque temps déjà, l'Asile de Château-Picon nous a ouvert ses portes. Là, nous avons pu apprécier l'enseignement de M. le Professeur Perrens. Nous le remercions de l'accueil si aimable qu'il nous réserve toujours dans son service.

M. le Docteur Anglade, notre maître, nous a donné le sujet de ce travail et nous a aidé de ses conseils. De plus, son exemple admirable nous incite quotidiennement à mieux profiter de ses leçons. Nous espérons pouvoir longtemps

encore bénéficier de son expérience, dont il nous fait profiter avec une bienveillance connue de tous ceux qui l'approchent.

Et que M. le Professeur Abadie veuille bien voir ici l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Les rapports de l'épilepsie

avec la

Psychose maniaque dépressive

INTRODUCTION

L'épilepsie (du grec επι-λαμβάνειν = surprendre, saisir) est un syndrome dû à des lésions de la zone motrice de l'écorce cérébrale, caractérisé par la production de crises convulsives d'un type particulier, survenant périodiquement. Ces manifestations sont connues depuis longtemps, elle ont été décrites sous divers noms, dont les plus communément cités : *morbus daemoniacus*, *morbus sacer*, *mal comitial*, témoignent de l'étiologie étrange qu'on leur attribuait.

A l'épilepsie sont liés des troubles psychiques, remarqués autrefois, mais particulièrement étudiés depuis quelques années. Tout récemment, à l'occasion de la XII^e Réunion neurologique internationale, le Professeur Abadie a condensé dans son rapport nos connaissances actuelles sur l'épilepsie psychique.

Tout le monde s'accorde à reconnaître une mentalité spéciale aux épileptiques; de même les troubles psychiques pré ou postconvulsifs, certains équivalents psychiques tels que : troubles du sommeil, absences, impulsions, ont une exis-

tence suffisamment démontrée. L'authenticité des psychoses survenant à titre d'équivalents épileptiques, c'est-à-dire remplaçant la crise convulsive, est plus discutée. « On a même voulu, dit le Professeur Abadie, incorporer dans l'épilepsie les diverses formes de psychoses périodiques, intermittentes et circulaires... Cette question reste encore tout entière à élucider. » Ces lignes définissent l'objet de notre travail en même temps qu'elles le justifient.

Notre maître M. Anglade avait montré dès 1907, avec Jacquin, les analogies que présentent les psychoses périodiques avec l'épilepsie, tant au point de vue étiologique et clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et il nous a donné l'idée de ce travail, où nous étudierons les rapports de l'épilepsie avec la psychose maniaque dépressive.

Ce terme de psychose maniaque-dépressive, actuellement utilisé en France concurremment à celui de folie périodique, désigne une maladie dont Willis avait présenté des observations, avant que Frédéric Hoffmann n'en donnât la première description. Baillarger, en 1864, individualisa la « folie à double forme ». Ensuite, Falret décrivit la « folie circulaire ». Puis Magnan présenta, en 1890, les psychoses périodiques sous le nom de « folie intermittente ».

Kraepelin a synthétisé sous le nom de psychose maniaque-dépressive, en élargissant la conception de Magnan, le syndrome caractérisé par des accès de mélancolie, de manie ou d'état mixte survenant périodiquement. Nous avons choisi ce terme parce qu'il englobe dans son extension toutes les manifestations de la folie intermittente, en y comprenant la folie à double forme et à la folie circulaire continue.

*
* *

On voit chez certains malades atteints d'épilepsie les crises convulsives cesser tout à coup, mais, après quelques semaines, ces crises sont remplacées par des accès de manie ou de mélancolie.

Inversement, un sujet atteint de psychose maniaque dépressive peut voir ses accès de folie céder et faire place à des crises comitiales. Nombre d'observations constatent ces phénomènes de remplacement, des interprétations diverses en ont été données. Beaucoup expliquent ces faits par la doctrine de l' « épilepsie larvée », mais d'autres ne voient là qu'un simple rapport de coïncidence fortuite.

Nous n'avons certes pas la prétention de trancher le différend et d'apporter dans ce travail une appréciation définitive. Mais nous essayerons de « faire le point » de cette question, puis, après avoir ajouté aux observations déjà publiées quelques faits recueillis à l'Asile de Château-Picon, nous tenterons de montrer les liens qui unissent entre elles la folie périodique et l'épilepsie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En France, on attribue généralement à Morel le mérite d'avoir, le premier, signalé les rapports de l'épilepsie avec la manie et la mélancolie.

Mais si Esquirol, qui avait observé un grand nombre de malades, avoue en fin de compte qu'il ne peut « déterminer si la manie chez les épileptiques a quelque rapport avec la fréquence des accès ou des vertiges », d'autres auteurs avaient déjà soupçonné, avant Morel, certain accès de folie d'être, au même titre que les convulsions, une forme d'épilepsie.

Dès 1818, Joseph Franck avait désigné sous le nom de transformation épileptique ce que Morel devait appeler plus tard épilepsie larvée. En 1850, Billod écrivait : « L'accès épileptique et la fureur ne seraient-ils pas deux formes d'un même mal, deux effets différents, au lieu d'être réunis par une relation de cause à effet ? ». La même année, Cavalier, dans sa thèse inaugurale, remarquait que la fureur épileptique pouvait avoir lieu en dehors de l'accès. En même temps, Bouchet et Cazauviehl écrivaient : « L'aliénation mentale, l'hystérie, la catalepsie, l'épilepsie, par leurs caractères symptomatiques comme par leur siège, présenteraient une véritable analogie de nature, devraient être placées sur la même ligne, s'engendreraient l'une l'autre ou se remplaceraient réciproquement. »

En 1853, Dagonet et Renaudin exprimaient l'un et l'autre la pensée que « chez certains malades l'accès épileptique, survenant à la suite d'un état maniaque, lui sert en quelque sorte de crise et fait cesser tout à coup le délire. »

Il faut encore citer Delasiauve, qui, dans son *Traité de l'épilepsie*, paru en 1854, rapporte plusieurs observations, notamment celle « d'un enfant épileptique qui offrait par intervalles une semblable disposition : tantôt gesticulant, chantant et tenant des propos sans suite; d'autres fois, demeurant silencieux et immobile. On rencontre, il est vrai, dit-il, chez beaucoup de jeunes sujets non atteints de mal caduc des accidents analogues... Nous pensons toutefois que, dans l'immense majorité des cas, l'aliénation résulte de l'épilepsie et non l'épilepsie de l'aliénation ».

Cependant, Morel fut le premier à limiter le problème et à le poser nettement. Voici comment il s'exprime dans son *Traité des maladies mentales*, paru en 1860 : « Je signalerai, à propos de l'épilepsie, un fait qui me paraît avoir été omis dans l'énumération des symptômes propres à la folie épileptique et qui est de nature à nous faire mieux apprécier la valeur de certaines intermittences, au double point de vue du diagnostic et du pronostic. J'avais remarqué depuis longtemps une certaine classe de malades, dont les accès, constituant l'état maniaque, alternaient avec des périodes de rémission. Ce qui me frappait, c'était l'invasion brusque... Il me fut donné, après plusieurs rechutes et après une série de phénomènes d'alternance, de périodicité et d'intermittence semblables à ceux que j'ai décrits, d'assister à une crise formidable d'épilepsie. Au reste, les faits de ce genre que j'ai recueillis sont maintenant si nombreux et les caractères de cette folie périodique tellement tranchés qu'après avoir été tenté longtemps d'en faire une espèce à part, je ne puis, pour être conséquent avec ma propre méthode de classification, que rattacher ces faits à leur véritable cause et classer les malades qui nous les présentent dans la variété des aliénés épileptiques. »

« Il n'est pas nécessaire que les accès soient confirmés », Morel est revenu sur cette question à différentes reprises. On peut trouver dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie* (I, VII, p. 719 et suiv.) des observations qu'il a

publiées sous ce titre : « D'une forme de délire, suite d'une excitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie. » Et il donna le nom d'épilepsie larvée à ces troubles mentaux de l'épilepsie se produisant en dehors de toute crise convulsive.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette notion ait été admise d'emblée. Et si bon nombre d'auteurs adoptèrent les conclusions de Morel, d'autres les ont discutées et rejetées.

Et dès 1861, Falret, dans son étude de l'état mental des épileptiques, pense qu'il est « nécessaire de chercher d'autres preuves pour établir que les accès de délire peuvent se produire chez les épileptiques en dehors de l'action immédiate d'attaques convulsives ».

Au contraire, Griesinger, dont le *Traité des maladies mentales* est paru en 1865, y rapporte une observation de manie dont les accès, remarquables par leur brièveté, se renouvellent tous les quatre ou cinq jours; il les compare à une sorte d'épilepsie. Quelques années plus tard, Echeverria publiait dans les *Annales médico-psychologiques* une étude de l'épilepsie nocturne, où il disait : « Parfois, l'accès nocturne précède d'une manière occulte périodique, soit un accès de mélancolie, avec dépression psychique et morale si profonde qu'elle va jusqu'à la stupeur, soit au contraire une excessive exaltation maniaque délirante; ces deux vésanies constituant par leur alternance régulière une vraie folie circulaire, dont l'origine épileptique reste souvent méconnue. »

A la même époque, Maudsley, dans son livre, *Le crime et la folie*, concluait largement : « On peut fort bien présenter la folie comme une chorée ou une affection convulsive de l'esprit, les centres dérangés étant non plus ceux qui servent aux mouvements, mais ceux qui servent aux opérations mentales, et le désordre se manifestant en conséquence par des convulsions, non des muscles, mais de l'esprit. »

En 1875, Janin, dans sa thèse, après que Delasiauve dans un remarquable mémoire eût résumé l'état de la question au Congrès de 1873, rapportait plusieurs cas : 1° d'épilepsie

vraie suivie d'épilepsie larvée; 2° d'épilepsie larvée suivie d'épilepsie vraie; 3° d'épilepsie larvée sans épilepsie vraie, et il concluait : « Le plus souvent, il faudra considérer comme possédant le cachet épileptique certains cas de manie intermittente et de folie circulaire. » En 1877, Legrand du Saulle, dans une étude médico-légale sur les épileptiques, s'exprimait ainsi : « Et maintenant, lorsque j'entends prononcer les mots de manie périodique, de folie instinctive, de monomanie transitoire homicide, de délire impulsif, de folie instantanée, d'aliénation mentale intermittente, et même de folie circulaire à double forme, je commence par faire *in petto* des réserves et j'y regarde de très près. Je n'étonnerai personne en affirmant qu'il existe parmi les malades de ces diverses catégories un très grand nombre d'épileptiques méconnus et, ce qui est très différent, d'épileptiques larvés. »

Cependant, l'année suivante, au Congrès de médecine mentale de Paris, Christian contestait l'existence de l'épilepsie larvée, et il tendait à démontrer que Morel en avait peut-être trop élargi le cadre. Et Garimond, dans les *Annales médico-psychologiques*, conseillait sagement de ne pas se hâter de conclure : « Il faut donc, comme ont semblé le vouloir Billod et Falret, essayer de remonter plus haut, considérer la cause de la convulsion, reconnaître si elle est unique, toujours la même, ou du moins si, dans quelques cas déterminés, il y a vraiment un mal épileptique dont l'évolution a une marche déterminée se manifestant par une forme bien arrêtée, mais pouvant exceptionnellement revêtir des caractères tout différents de la symptomatologie habituelle. »

Un des plus ardents partisans de l'épilepsie larvée, Doutribente, élève de Morel, publia, en 1886, des observations caractéristiques recueillies à l'asile de Blois; il se demande s'il n'y a pas « un certain nombre de signes pathognomoniques qui permettront de faire le diagnostic différentiel entre certains cas de manie récurrente et d'épilepsie larvée, avant l'arrivée des grandes attaques classiques d'épilepsie. Si ce

diagnostic est impossible..., il conviendra peut être alors de se demander si ces folies d'un ordre tout particulier n'ont pas toutes une origine commune, donnant l'explication de la périodicité; si, en un mot, elles ne relèveraient pas toutes de l'épilepsie... La forme élémentaire, primitive, la plus simple de l'épilepsie larvée, serait la folie à double forme à intervalles lucides. »

Vers la même époque, plusieurs auteurs nièrent tout rapport autre que de coïncidence fortuite entre l'épilepsie et la folie périodique survenant chez un même sujet. Ce furent Ball, Charcot, Pitres, puis Magnan, dont nous citerons ce passage extrait des *Leçons cliniques sur les maladies mentales* : « Certains épileptiques... peuvent présenter dans l'intervalle des attaques un état mental absolument semblable à celui des aliénés ordinaires, un délire vésanique indépendant des crises. »

Nous verrons plus loin comment Magnan explique cette coïncidence.

Cependant, Féré publiait l'observation d'un malade qui avait présenté successivement des accès épileptiques, des vertiges sans perte de connaissance et des accès maniaques. Et, en 1896, Pierret, avec son élève Cornu, a rapproché les accès périodiques de la folie intermittente des accès convulsifs. Pierret devait insister à nouveau sur cette question dans sa *Pathogénie des épilepsies*, qui parut en 1913.

Devay, en 1905, a apporté des faits nouveaux au Congrès des neurologistes et des aliénistes de Rennes :

« Les accès périodiques des folies intermittentes, dit-il, de même que les troubles mentaux qui se substituent fréquemment aux accès épileptiques, présentent un caractère commun, celui de se répéter sous une forme invariable chez le même sujet. Cette constatation admise, on peut se demander si, dans le cours d'une folie cyclique, il n'est pas possible de faire apparaître expérimentalement un ou plusieurs accès épileptiformes qui remplaceraient l'accès d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique. Chez deux mala-

des atteints de folie intermittente, il a été possible, par l'intoxication belladonnée, de faire naître le mal comitial, qui s'est superposé ou substitué à l'accès intermittent. »

L'année suivante, Ollivier rapporte l'observation, recueillie dans le service de Doutrebente, à Blois, d'une femme atteinte de folie intermittente, à laquelle l'épilepsie s'était substituée. « Le fait dit-il, conclut en faveur de l'hypothèse que les folies intermittentes relèveraient de l'épilepsie. »

En juin 1907, parut dans l'*Encéphale* un mémoire où notre maître M. Anglade, en collaboration avec Jacquin, montrait les analogies existant entre les psychoses périodiques et l'épilepsie, analogies étiologiques et cliniques et surtout analogies anatomo-pathologiques.

Deux ans plus tard, à la séance du 20 février 1909 de la Société de psychiatrie de Paris, Marcel Briand et Brissaud, rapportant l'observation d'une malade chez laquelle des crises convulsives avaient succédé à une folie à double forme et constatant qu'il est fréquent de rencontrer des malades, considérés comme mélancoliques, persécutés, délirants, etc., qui tout à coup manifestent les symptômes du *morbus sacer*, essayaient d'expliquer ces faits par la convergence chez le même sujet d'une double hérédité.

En 1910, Bergès, dans sa thèse, passait en revue les troubles psychiques de l'épilepsie et concluait ainsi : « Les psychoses de l'épilepsie non convulsive peuvent être durables ou transitoires. Dans les formes durables, on peut rencontrer des états maniaques, des états mélancoliques, des délires de persécution, la folie à double forme. »

Au contraire, Camus, étudiant les équivalents psychiques de l'épilepsie en 1912, se refuse à souscrire à la doctrine de l'identité des psychoses intermittentes et de l'épilepsie, il essaye de dégager les signes qui distinguent l'épileptique du maniaque et du mélancolique : « L'excitation de l'épileptique, dit-il, est plus impulsive et plus violente, plus monotone et plus aveugle que celle du maniaque. »

Mais de nouveaux exemples ne laissèrent pas d'attirer

l'attention, et plusieurs ont été présentés à la Société de psychiatrie de Paris. C'est ainsi que H. Claude, à la séance du 18 décembre 1919, a rapporté l'observation d'un homme de 30 ans, sans tares héréditaires, qui, à la suite d'un traumatisme du crâne, était entré dans un état de dépression, auquel avait fait suite un accès d'excitation, puis présenta ensuite des crises d'épilepsie partielle.

A la séance suivante, Roques de Fursac et Abély présentèrent un cas de transformation d'un délire polymorphe en épilepsie.

Le 19 janvier 1928, J. Tinel et Lamache, frappés par les relations intimes qui semblent exister dans certains cas entre les manifestations de la psychose maniaque-dépressive, intermittente ou périodique, et d'autres affections, telles que la migraine, l'asthme, l'épilepsie, résumèrent plusieurs observations et les commentèrent en ces termes : « Il est possible que les crises d'excitation ou de dépression aient tout simplement, vis-à-vis des crises de migraine, d'asthme ou d'épilepsie, l'action suspensive que possèdent, comme on sait, les affections fébriles et les maladies intercurrentes.

» Mais il est possible également que ces différentes affections, qui sont assez fréquemment associées ou alternées chez un même sujet, qui, d'autre part, se montrent sensibles aux mêmes influences physiologiques, telles que les règles, l'émotion ou les maladies intercurrentes, qui se rencontrent dans les mêmes familles et sur les mêmes terrains, qui évoluent semblablement par crises ou par accès, qui présentent toutes un caractère si nettement humoral, et de semblables perturbations de tout le tonus neuro-végétatif, constituent en réalité une véritable famille pathologique, reliées les unes aux autres par une parenté des causes biologiques et des mécanismes pathogéniques qui les conditionnent. »

La même année, Jean Picard présentait à la séance suivante l'observation d'une malade atteinte à 40 ans de crises comitiales alternant avec des manifestations de psychose maniaque dépressive.

Entre temps, en 1922, Zaritch avait soutenu devant la Faculté de Bordeaux une thèse sur les troubles mentaux dans l'épilepsie convulsive, où il considérait que « la psychose périodique est en raison inverse des phénomènes comitiaux qui disparaissent quand elle apparaît ». Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail : « Les délires chez les épileptiques présentent en général des caractères communs qui permettent de les reconnaître; ces caractères sont : le début et la terminaison brusques, l'identité de l'accès, l'abolition plus ou moins complète de la conscience, l'amnésie plus ou moins marquée. »

Enfin, tout récemment, Muskens écrivait ceci dans son livre sur l'*Epilepsie* : « Les psychiatres ont une tendance marquée à placer les troubles psychiques au centre du problème de l'épilepsie. Il y a même des auteurs qui considèrent l'épilepsie comme une psychose. Ainsi, Doutrebente décrit un cas de manie récurrente où s'ajoutèrent plus tard des accès épileptiques; l'auteur crut pouvoir en conclure à une épilepsie larvée. Or, on voit précisément dans ce cas comment il faut distinguer nettement entre la procursio comme symptôme de l'accès et la procursio sous l'influence d'une psychose. » (p.361.)

*
**

Nous venons de passer en revue les travaux publiés en France où sont signalés et interprétés les rapports de la psychose maniaque dépressive avec l'épilepsie. Il nous reste à signaler les travaux parus à l'étranger sur cette question. Nous avons forcément résumé cette partie de notre exposé historique, c'est pour cette raison que nous l'avons reportée à la fin de ce chapitre.

Addison et Howden ont admis, en 1867, que l'épilepsie peut se substituer à la folie ou être remplacée par elle.

Au contraire, Buchwill et Tuke, dans « a manual of psychological medicine », paru en 1879, rejetaient les conclusions de Morel.

En 1888, deux ans après que Douthett eut exposé sa conception de l'épilepsie larvée, Hughling Jackson publia, sous le titre *On a particular variety of epilepsy*, une observation analogue à celle dans laquelle le médecin de l'asile de Blois avait puisé ses réflexions.

Et Gowers, dans son *Traité de l'épilepsie*, admettait une certaine parenté entre l'épilepsie et la folie intermittente.

En Italie, les travaux de Lombroso, Tanzi, Tamburini, Bianchi, démontrèrent de façon complète que beaucoup de formes de folie transitoire, peuvent être considérées comme des équivalents épileptiques.

D'autres, au contraire, comme Tonnini, Venturi, prétendent qu'il existe entre les uns et les autres des caractères parfaitement distincts qui permettent d'affirmer qu'ils constituent deux sortes de produits cliniques différents.

Guglielmo Mondio, à qui sont empruntés ces renseignements, publia, en 1907, le cas d'un malade qui fit une tentative de suicide inconsciente et suivie d'amnésie, puis tomba dans un état de grande agitation. L'auteur conclut pour ce malade à une épilepsie larvée.

Quelque temps après Ugoletti rapportait une observation sous ce titre : « Sui rapporti della maniaco depressivo coll' epilepsia », et il n'hésitait pas à unir entre elles les deux affections.

En 1911, Zilocchi a reconnu qu'entre l'épilepsie et la psychose maniaque dépressive existe une étroite parenté, mais il ne s'est pas cru autorisé, au sujet du cas qu'il présentait, à admettre que les deux affections puissent se fondre ensemble.

La même année, G. Paravicini a observé un malade qui, à la suite d'accès successifs de manie et de mélancolie de courte durée, eut des crises épileptiformes.

Enfin, L. Gualino publiait, en 1913, plusieurs observations et admettait une certaine parenté entre l'épilepsie et la folie intermittente.

En Allemagne, cette question a fait l'objet de nombreuses

études. Samt avait déjà classé certains états crépusculaires, et dépressifs parmi les équivalents épileptiques.

Krafft Ebing en avait donné des observations. Puis Sommer et Ziehen ont essayé de différencier la manie simple de la manie épileptique.

Kraepelin, dans ses *Leçons* disait : « Le point essentiel qui permette à mon avis d'affirmer la nature épileptique d'un symptôme se tire avant tout de sa périodicité. Les attaques convulsives, qu'on regarde d'habitude comme le signe certain de l'épilepsie et qui en représentent très probablement un des stigmates les plus graves et les plus importants, peuvent faire complètement défaut. »

En 1903, Heilbronner, dans un travail remarquable, a repris pour les étudier les observations antérieurement publiées. Pour lui, la manie simple se distingue de la manie de l'épileptique en ce que celle-ci est plus improductive, qu'on y trouve aussi une certaine lenteur d'émission du langage. En conclusion, Heilbronner niait la combinaison de l'épilepsie avec une autre psychose.

Ashaffenbürg, dans sa monographie sur les délires épileptiques, parue en 1906, a décrit la mélancolie chez les épileptiques.

C'est surtout Saiz, qui, en 1907, a bien étudié les rapports de l'épilepsie avec la psychose maniaque-dépressive. Après avoir rapporté, dans son travail, un cas de combinaison de migraine avec la folie maniaque dépressive et deux cas de combinaison de la folie maniaque-dépressive avec l'épilepsie, il a, comme Magnan, invoqué pour expliquer ces faits l'influence de l'hérédité.

Gürewitch, en 1912, comme Kraepelin, du reste, n'admettait aucun signe qui permette de distinguer la manie simple de la manie épileptique.

Ensuite, Rittershaüs a particulièrement étudié les cas où la folie maniaque dépressive se développe après une fracture du crâne; il a mis en valeur le fait que cette même étiologie

est susceptible de produire également des crises convulsives, en même temps, ou plus tardivement.

En 1922, Hans Krisch a publié un travail important et richement documenté, dans lequel, après avoir soumis plusieurs observations, il discute longuement sur les faits. Il n'a pas trouvé dans les ascendants des malades qu'il observe des tares qui expliquent chez eux l'association de l'épilepsie et de la psychose maniaque dépressive. Il prend argument du caractère de l'épileptique, qu'il compare à celui d'un hypomaniaque et conclut à l'identité des deux manifestations morbides, épilepsie et psychose maniaque dépressive.

II

OBSERVATIONS

La littérature concernant les rapports de l'épilepsie avec la psychose maniaque dépressive abonde en observations. Nous les avons pour la plupart signalées au cours de notre exposé historique. Voici le résumé de quelques-unes d'entre elles.

OBSERVATION I (Résumée).

(Empruntée à DOUTREBENTE.)

Il s'agit d'un homme de 40 ans, D..., dont l'hérédité est indemne de toute tare. Rien non plus à signaler dans les antécédents personnels. En 1864, D... entre dans une crise de mélancolie à laquelle fait suite une période d'excitation maniaque.

En 1866, D... se présente comme atteint de manie rémittente. L'année suivante, la manie rémittente devient chronique.

En 1880, folie circulaire à double forme caractérisée par une agitation qui éclate toujours brusquement et cède pour faire place, sans transition, à une période de stupeur. A ces deux phases succède une période de calme.

Le 6 juillet 1881, éclate un accès d'épilepsie qui se reproduit le lendemain et le surlendemain, puis un mois après. Les crises convulsives prennent alors un rythme mensuel.

Le traitement par le bromure de potassium a pour effet d'espacer les accès, mais alors on voit se reproduire les périodes d'agitation et de stupeur qui avaient disparu depuis la première crise convulsive.

OBSERVATION II (Résumée).

(Du même auteur.)

Mme G... entre en novembre 1879 à l'asile de Blois pour aliénation mentale aiguë avec excitation violente. A ce moment, l'excitation maniaque s'accompagne d'idée de persécution. La guérison survient peu de temps après et la malade sort de l'asile.

En 1881, elle revient avec le diagnostic de manie aiguë, avec agitation désordonnée, incohérence dans les idées et violence dans les actes.

En décembre 1885, après un redoublement d'agitation, Mme G... tombe subitement dans la stupeur avec mutisme absolu, refus d'aliments, immobilité dans la station assise.

Le 13 février 1886 survient une crise d'épilepsie. Le lendemain l'état de stupeur avait disparu pour faire place à une période de calme.

Le 17 mars de la même année, la malade a encore une grande attaque d'épilepsie.

OBSERVATION III (Résumée).

(Présentée par MM. BRIAND et BRISSAUD à la Société de psychiatrie. Séance du 22 février 1909.)

F... (Jeanne), 28 ans, entre à l'asile de Villejuif le 3 mars 1908.

Le certificat de vingt-quatre heures est ainsi conçu : Dégénérescence mentale. Excitation maniaque actuelle. Présomption de folie à double forme. Accès mélancolique récent. Agitation depuis huit jours. Gesticulation et cris sur la place publique.

La malade, profondément dégénérée, nourrit en outre des idées de persécution, rendues plus actives par des hallucinations multiples.

En septembre 1908, elle a de plus, dans la même journée, 6 crises convulsives de nature comitiale, crises dont la fréquence est allée en diminuant depuis cette époque.

Père alcoolique s'est suicidé. Mère mélancolique.

OBSERVATION IV.

(Présentée par MM. TINEL et LAMACHE à la séance de la Société de psychiatrie du 19 janvier 1928.)

Mlle P... présentait des crises d'excitation maniaque persistant pendant deux ou trois mois, avec des bouffées paroxystiques d'agitation précédées d'un véritable choc hémoclasique qui fut découvert par Santenoise. Dans les intervalles de ses crises maniaques, intervalles qui ne dépassaient guère six semaines à deux mois, elle présentait des crises épileptiques franches survenant tous les dix ou quinze jours environ, et qui disparaissaient complètement pendant les périodes d'excitation.

OBSERVATION V.

(Des mêmes auteurs.)

Mlle R..., 29 ans, a fait, à l'âge de 24 ans, une crise d'excitation maniaque pour laquelle elle a été internée six mois à Ville-Evrard : excitation psychique, chants, insomnies, manifestations théâtrales, etc.

A l'âge de 25 ans, sont apparues des crises comitiales d'abord espacées de deux ou trois mois et qui se sont progressivement rapprochées jusqu'à devenir presque quotidiennes, crises à type jacksonnien débutant par la main droite, gagnant le membre inférieur, puis au moment de l'envahissement de la face, cris, chute, perte de connaissance.

Après un an de traitement à la consultation de Sainte-Anne, les crises se sont sensiblement espacées, sous l'influence du gardénal, hectine, sulfarsénol. Elles ne surviennent plus que tous les dix ou quinze jours, puis tous les mois. Elle reste enfin trois mois sans crise. Mais on voit alors éclater une nouvelle crise d'excitation maniaque assez légère pour laquelle il lui faut, au bout d'un mois, rentrer au service libre de la Clinique. La crise est rapidement enrayée, la malade sort au bout d'un mois à peu près guérie : *aucune manifestation comitiale pendant toute la durée de la crise.*

Mais, un mois après la sortie de l'hôpital reparaissent les crises comitiales au rythme d'une à deux par mois et qui se sont répétées ainsi depuis deux ans. Elles ont donc été, à l'occasion de l'excitation, suspendues pendant près de six mois.

OBSERVATION VI.

(Des mêmes auteurs.)

M. B..., 45 ans, a présenté deux crises épileptiques franches à 28 ans et à 33 ans; puis une crise de mélancolie anxieuse de quelques mois à 34 ans, suivi, un an après, de la réapparition de crises comitiales avec chutes et morsures de la langue, survenant tous les deux, puis à peu près tous les mois. Elles se renouvellent ainsi pendant trois ans, mais une nouvelle crise anxieuse survient qui dure onze mois et qui supprime pendant ce temps toutes les crises d'épilepsie.

Elles reparaissent trois mois environ après la fin de la crise et se reproduisent dès lors tous les mois comme auparavant.

OBSERVATION VII.

(Des mêmes auteurs.)

Mlle S..., 19 ans, est atteinte de mal comitial depuis l'âge de 11 ans. Les grandes crises avec chute sont assez rares (tous les deux ou trois mois); mais de nombreux équivalents surviennent tous les trois ou quatre jours, groupés sous forme de 8, 10 ou 12 absences en quelques heures.

Il y a 6 semaines environ, on note avec plaisir que les absences disparaissent, elles ont ainsi manqué pendant trois semaines.

Mais au bout de trois semaines s'installe brusquement un état d'énervement et d'agitation qui augmente rapidement et s'accompagne d'une légère confusion. On pense d'abord à une sorte d'équivalent psychique. Mais cet état, qui s'exagère jusqu'à une véritable excitation et persiste pendant dix jours avec cris, chants, injures à ses parents, gesticulations violentes, remarques ironiques et blessantes, conservation relative, malgré un léger appoint

confusionnel de la conscience et de la mémoire, évoque bien plutôt un accès d'excitation qu'un équivalent comitial. Ce n'est plus un équivalent, c'est déjà une équivalence.

*
* *

Nous pourrions reproduire ici, un grand nombre d'autres faits recueillis par les auteurs que nous avons cités, au cours de notre exposé historique. Tel le cas, cité par Zilocchi, d'une malade de 70 ans, atteinte de psychose maniaque dépressive, qui, presque tout à coup, présenta une série de crises convulsives à type unilatéral, accompagnées de troubles vaso-moteurs et sensitifs du même côté; tel celui que rapporte Gualino de deux sœurs qui, à la suite de psychose à double forme, eurent des attaques typiques d'épilepsie; et encore, ceux que Krisch étudie dans sa monographie.

Toutes ces observations se ressemblent, qu'il s'agisse de malades, chez lesquels la psychose maniaque dépressive a précédé l'apparition de crises convulsives, comme dans les observations I, II, III et IV; ou qu'elle apparaisse chez un sujet qui présentait antérieurement des crises d'épilepsie (obs. V, VI, VII). Le fait important, c'est que ces deux manifestations morbides se remplacent mutuellement, qu'elles ne coexistent pas simultanément.

Nous avons préféré, au lieu de multiplier les exemples, en rapporter *in extenso* quelques-uns observés à l'asile de Château-Picon.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. ANGLADE, Asile de Château-Picon.)

Une jeune femme de 24 ans, R... (A.), entre pour la première fois à l'Asile de Château-Picon le 15 avril 1905.

Son père commettait quelques excès alcooliques. Sa mère est morte assez jeune « d'épuisement ». Elle a un frère qui est bien portant. Cette jeune femme a fait une fausse couche de 6 mois à 22 ans, puis, le 9 août 1904, elle a accouché d'un enfant à terme. Cette grossesse ne comporte aucun incident pathologique. C'est là

tout ce qu'on peut relever d'important dans les antécédents de A. R...

L'accès actuel a débuté le 12 janvier 1905 par de l'insomnie, des soucis, des inquiétudes futiles, au milieu desquelles la malade criait et chantait. L'examen somatique révèle une respiration un peu rude au sommet gauche, un tremblement léger de la main et des doigts, des réflexes patellaires vifs.

Examen mental. — Le 10 mai 1905 : « A l'hôpital, dit la malade, j'ai trouvé du goût de laudanum dans ma soupe... Je pourrais bien avoir des lésions au poumon. Je me sens malade depuis que j'ai eu ma Raymonde. » (Elle s'alimente peu.)

Le 23 mai 1905 : « Je ne sais si on a passé des courants électriques chez moi. Je me fais beaucoup de mauvais sang parce que je pense à mon enfant. Pourquoi donc s'est-on permis de faire sur moi des choses qu'on ne devrait pas faire? »

Le 9 juin 1905 : « Pourquoi donc m'a-t-on fait subir une opération ? »

Le 22 juin 1905 : A. R. sort de l'asile; elle est alors gaie et nullement inquiète depuis quelques jours. Elle s'occupe, désire vivement retourner près de sa fille et de son mari. Sortie à titre d'essai.

Elle est réintégrée le 25 juillet 1905 avec un certificat constatant une violente excitation nerveuse avec idées délirantes.

Elle était restée quinze jours après sa sortie dans un état normal.

Les premiers symptômes apparurent le lundi 17 juillet. La malade sentait qu'une deuxième crise allait venir, elle suppliait son mari de ne pas la remettre à l'asile. Elle dormait peu, s'agitait beaucoup. Le 23, elle a essayé de s'étrangler et de se jeter par la fenêtre. Elle est devenue jalouse.

Le 26 juillet : elle répond au médecin qui l'interroge : « Je suis ici à Picon; chez moi, ma chambre d'acajou est à moi. Quand je soignais ma mère, qui était malade, j'avais du courage. » Elle pleure sans cesse. Le 1^{er} août, elle dit : « La première semaine de ma sortie, j'étais très bien, très gaie; la deuxième semaine, j'ai commencé à avoir des migraines, comme des névralgies dans tout le corps. »

Le 17 août : l'état de la malade s'est considérablement amélioré,

elle se trouve bien, ne se sent pas inquiète, elle se montre souriante, s'occupe utilement et quitte l'asile dans cet état.

Mais, le 21 mai 1906, elle rentre à l'asile; elle avait accouché, trois mois auparavant, d'une fille. L'accès pour lequel elle revient a commencé brusquement par de la tristesse, des idées d'indignité, la croyance à des tentatives de viol, la crainte que son mari ne se suicide.

L'examen de l'état physique de la malade révèle une constipation habituelle, des réflexes patellaires égaux et vifs.

Le 26 mai 1908 : « Je ne sais pas quel jour on est... Oh! les vieillards, mon aîné, le nom de mon aîné... communiant, c'est de la sténopathie. Oh! les sœurs, les fleurs, les machines, les jardins, les automobiles, j'ai vécu dans tout. » Elle fait ces réponses à mi-voix, et le certificat de vingt-quatre heures porte : « Psychose périodique. A déjà été traitée il y a trois ans pour un accès à peu près identique, survenu dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire au cours de la lactation. Le désordre des idées est plus marqué que le désordre des actes, il s'y ajoute un notable degré de confusion mentale. »

Les examens des jours suivants traduisent la même incohérence, les mêmes fuites des idées; de plus, elle s'agite, déchire ses vêtements.

Le 10 juin : « Depuis quand êtes-vous ici? — Je ne m'en souviens pas; quelquefois, on n'a que 20 ans et on comprend que dans son corps on a beaucoup de choses, on vous électrise. » Au milieu de son incohérence, A. R... s'exprime parfois dans un jargon insaisissable. « A chi chi isoulie... Tout lit niellé... Et ma petite fille Raymonde, si on la faisait aller dans des maisons qu'il ne faut pas. » Elle prononce cette phrase avec de l'anxiété et des larmes.

Quelques jours après, elle prononce : « On a tout ni-é-lé. Je vois bien que je ne suis pas fol-le. » (Elle sépare chaque syllabe comme un enfant qui apprend à lire.)

Puis, elle parle petit nègre : « Moi pas faire de mal... Speack English et petit Francinet, San Francisco et Paname, canal de Panama. » Cet état s'améliore progressivement jusqu'au 20 octobre où l'examen met en relief le retour au calme, la rectification complète des idées délirantes.

Et R... sort de l'asile le 5 février 1909.

Elle devait revenir le 23 juillet 1909, à la suite de fatigues physiques et morales (sa fille était gravement malade).

Pendant son séjour chez elle, A. R... s'était comportée tout à fait normalement.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteinte de folie intermittente. Les deux premiers accès avaient été occasionnés par la lactation. Une émotion a été la cause immédiate de l'accès actuel qui se caractérise par un état mixte maniaque dépressif. Ses actes sont désordonnés, l'humeur est alternativement gaie et triste. La fuite des idées est très accentuée.

Le 23 juillet : A la visite, la malade bouche son nez et dit : « Ça empêche de sentir. Le ciel doit avoir vu et Dieu aussi. » Elle verse des larmes quand on lui parle de ses enfants.

« Les émotions, motions, lotions. Quand je jeûne, je jeûne (ton de tragédie), la légion étrangère, ma fille, les ciseaux, on m'a enlevé mon alliance, je ne suis pas mauvaise. » (Elle pleure.)

Le 23 août : on note par moments une incohérence très nette, passages d'un sujet à un autre : « J'ai peur qu'on me prenne mes enfants. Etre dévouée comme je suis dévouée et n'avoir pas eu un moment de plaisir. »

En décembre 1909, toute confusion a disparu.

Et A. R... quitte l'asile dans un état très satisfaisant. Pendant une longue période, elle vague à ses occupations, ne présente aucune manifestation pathologique.

Le 16 janvier 1914, alors qu'elle était enceinte de trois mois, elle revient à l'asile.

La langue est saburrale. L'abdomen est douloureux à la palpation. Il y a des traces d'albumine dans les urines.

Voici un exemple des propos qu'elle tenait alors :

« Courage, patience pantalon bleu, pensée profonde. Victor Hugo. Faire rien sans Centrale. Le mari était ce qu'il veut, la femme aussi; a pris pou pas, trans, Anglais, Espagnol, Italien[?] », etc. « Vos enfants[?] » lui demande-t-on. « Je crois qu'il faut aimer pour faire ce que je veux. » (Elle pleure.) Et, s'adressant à sa voisine : « Mettez-vous au lit, vous aurez froid. »

Voici d'ailleurs le *certificat de vingt-quatre heures* : « Est atteinte de psychose périodique. L'accès actuel, qui est au moins le cinquième, a débuté par une phase de tristesse consciente, au milieu de laquelle se sont brusquement manifestées de petites crises d'euphorie, d'indocilité, de désordre des actes. Le fonds mental n'est ni dissocié, ni déchu. La maladie va évoluer comme précédemment et, après un traitement de quelques mois, la lucidité redeviendra complète. » (Docteur Anglade.)

Le 20 janvier : Au moment de la visite, A. R... est assise sur son lit : « Je ne veux pas rester ici, pourquoi me laissez-vous dans cette maison ? » (Elle pleure.)

« Pourquoi m'a-t-on séparée de ma famille ? »

Deux jours après, elle parle petit nègre : « Moi, ai soigné hémorragie interne, rue Condorcet. »

Au bout d'un mois, elle est moins anxieuse, mais toujours incohérente. Elle récite des mots n'ayant aucun lien entre eux. Elle manifeste des préoccupations affectives très marquées, garde en mains la photographie de ses deux enfants. L'humeur est plutôt triste.

Au cours du mois de mars, la malade se promène, comme une âme en peine; on note un léger désordre des actes. « Je me trouve toujours trop nerveuse, dit-elle, parce que je me fais du mauvais sang pour mes fillettes. »

Moins inquiète le 16 mai 1914. Elle demande à retourner dans sa famille et, quatre jours plus tard, elle quitte l'asile.

Depuis, elle s'occupe de son ménage, elle n'est jamais revenue à l'asile, si ce n'est pour voir régulièrement sa fille aînée qui y est en traitement depuis plusieurs années; mais, trois mois après la fin du dernier accès, A. R... a eu une crise d'épilepsie caractéristique avec cri, chute, salivations, convulsions généralisées à tout le corps et amnésie totale consécutive. Ces crises se répètent depuis, à peu près une fois par mois.

Voici donc une femme qui a eu, en neuf ans, cinq accès caractéristiques de psychose maniaque dépressive et qui, depuis plus de quinze ans, remplace ces accès par des crises

d'épilepsie. La plupart des accès étaient mixtes. A quelques-uns, on peut découvrir une étiologie puerpérale, mais d'autres se sont produits sans aucune cause apparente.

Et depuis 1914, alors que cette femme a eu toutes sortes d'ennuis : son mari mort, des difficultés budgétaires inquiétantes, sa fille internée, jamais plus on n'a pu constater chez elle de troubles mentaux. En revanche, les crises d'épilepsie sont apparues et se reproduisent régulièrement depuis cette époque.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Ducos,
Asile de Château-Picon.)

Mme C... (S.), à l'âge de 54 ans, est entrée à l'Asile de Château-Picon le 27 juillet 1930.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève l'aliénation mentale chez son père, un de ses frères est mort d'angine de poitrine, un autre d'une attaque d'apoplexie.

La ménopause s'est installée normalement en 1926.

Cette malade, qui a un fils de 30 ans, a présenté, à la suite de cet unique accouchement, des crises d'épilepsie.

Ces crises se répétaient deux fois par semaine au début.

En 1928 seulement elle a pris du gardénal qui a fait cesser les crises convulsives.

Mais, le 3 juin 1930, brusquement, un matin, on entend S. C... répondre à des hallucinations, en même temps qu'elle manifeste une tension motrice considérable. Le lendemain, elle pleura toute la journée, puis a voulu se suicider, a refusé de s'alimenter.

Le 13 juillet, cet état s'est amélioré, mais douze jours après S. C... se met à rire, à insulter des individus qu'elle suppose lui en vouloir et qu'elle croit avoir entendu faire à son sujet des remarques désobligeantes.

Et le 27 juillet elle est conduite à l'Asile de Château-Picon où elle se montre très agitée, agressive, on a dû l'attacher et la porter pour l'introduire dans l'établissement.

« Allez-vous-en, dit-elle, ne me touchez pas, toutes vos infirmières sont des sales femmes; ce sont elles qui sont folles, et vous, vous êtes un sale individu. Allez-vous-en, je ne veux pas vous voir. »

Voici le *certificat de vingt-quatre heures* : Est atteinte de mal épileptique, elle présente des crises qui surviennent brusquement deux fois par semaine.

En ce moment, agitation extrêmement violente qui la pousse à frapper les personnes de son entourage comme elle l'a fait dès le soir de son admission. Elle se borne à insulter le médecin qui l'interroge (Dr Perrens). Progressivement, l'agitation diminue pour faire place à l'euphorie. C'est ainsi qu'elle répond, si on l'interroge : « Je suis Algérienne. Mon âge ? Ça ne vous regarde pas. » Elle fait ces réponses en chantant. Le 1^{er} août, elle a été très agitée, et on la trouve au matin somnolente.

Le *certificat de quinzaine* constate que C... est actuellement dans un état d'agitation du type maniaque. Le fonds intellectuel n'est pas dissocié ni déchu : la malade prête attention dès qu'on lui parle de sa famille. Cet épisode maniaque succède à d'autres du type mélancolique et cette phase psychopathique elle-même succède à une phase convulsive comitiale interrompue il y a deux ans après avoir duré près de vingt ans. Il y aurait là un exemple de plus, et très net, d'association de psychose intermittente et d'épilepsie (Dr Anglade).

Au début de novembre, la malade semblait aller mieux, s'intéresser à son entourage, mais elle retombe bientôt dans une agitation extrêmement violente.

En décembre, à la faveur d'une grippe, l'état mental de C... s'améliore et elle quitte l'asile le 30 mai 1931.

Au début d'octobre de la même année, elle retombe malade et revient à l'asile avec le certificat suivant : « Troubles mentaux caractérisés par de l'excitation psychique et psycho-motrice, accélération du cours des idées, désordre de la pensée, bavardage continuels sans lien logique apparent entre les phrases, usage de néologismes, propos orduriers, injures, plaisanteries grossières, humeur hargneuse et acariâtre, malignité, méfiance, sentiment de

persécution, gesticulation, désordre des actes, colères impulsives, scènes bruyantes avec réactions agressives. Bon état général.

A l'Asile, voici le certificat de vingt-quatre heures : « Présente un état mental pathologique se traduisant par une vive agitation motrice procédant surtout par bouffées, par du négativisme. Ce n'est qu'après un long temps qu'on parvient à faire parler la malade. Ses réponses et paroles sont tout à fait incohérentes sans aucun rapport avec les demandes. On devine de la malice, le ton et l'attitude ne sont pas ceux d'une dissociée. Il s'agit probablement d'une phase de folie intermittente. » (Dr Ducos.)

Le 6 novembre, l'agitation a brusquement augmenté. On l'interroge quelques jours plus tard : « Quittez votre chapeau, Monsieur. Je ne raccommode pas les chaussettes pour vous. »

Le certificat de quinze jours constate que « M. C... est actuellement en pleine crise maniaque. Cette malade a déjà présenté plusieurs crises de folie à double forme. Ce qui est intéressant à noter, c'est qu'avant ces crises de folie, M. C... a eu des manifestations convulsives de nature épileptique, manifestations qui auraient cessé dès que les bouffées maniaco-dépressives ont apparu. Il s'agissait donc de folie maniaque dépressive ayant remplacé l'épilepsie. » (Dr Ducos.)

Au mois de septembre 1932, la malade, toujours dans le même état, a été transférée en Algérie et nous perdons sa trace.

A l'inverse de l'observation précédente, la folie maniaque dépressive est apparue chez une femme qui, depuis plusieurs années, était épileptique. Ce qui est remarquable, c'est que depuis son entrée à l'asile, M. C... n'a jamais eu de crises convulsives, ni d'absence; que la vésanie a suspendu du jour au lendemain l'évolution de l'épilepsie.

OBSERVATION X (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PERRENS,
Asile de Château-Picon.)

D... (Gabrielle), jeune femme de 36 ans, entre dans le service du Professeur Perrens à Château-Picon le 16 novembre 1932.

Sur ses antécédents héréditaires nous ne pouvons recueillir aucun renseignement précis. Nous savons seulement que ses parents sont morts jeunes.

Elle a eu 2 enfants, dont l'un est mort à l'âge de 4 jours, l'autre à 3 ans 1/2 d'une méningite.

Pendant sa première grossesse, en 1924, sont apparues des « absences » et aussitôt après son accouchement des crises comitiales d'abord nocturnes caractérisées par un cri initial, des contractions musculaires, urination involontaire, morsure de la langue et des lèvres. Ces crises étaient suivies d'inertie, souvent d'une crise de larmes. Elles se reproduisaient environ tous les deux mois.

Au mois de juillet 1932, les crises d'épilepsie ont disparu pour faire place à un état mental pathologique caractérisé par des idées mystiques. La malade voyait Notre-Dame de Lourdes, entrait en conversation avec des parents morts depuis longtemps, elle interpellait les passants dans la rue, se croyait enceinte.

Cet état a duré deux semaines.

Au début du mois de novembre 1932, les crises convulsives sont réapparues nombreuses, mais, le 13 novembre, des troubles mentaux motivaient l'internement de D... (Gabrielle), à l'Asile de Château-Picon.

A son arrivée, elle était extrêmement agitée, donnait des coups de pied aux infirmières. A toutes les questions qu'on lui posait alors elle répondait invariablement sur un ton hargneux : « Je vous emmerde. » C'est ainsi que si on lui demande son nom : « J'ai un nom qui vous dit merde. » Le lendemain, les propos étaient incohérents, l'agitation extrême. Température, 38°5.

Regardant fixement ses pieds : « Je vais te fiche un mauvais coup. »

Le certificat de vingt-quatre heures résume ainsi : « Présente des troubles mentaux caractérisés par une agitation désordonnée, des cris, des chants, des propos incohérents, souvent grossiers, l'impossibilité de répondre aux questions qu'on lui pose. Ces troubles auraient débuté il y a trois jours seulement, mais il s'était produit, en juillet dernier, des manifestations morbides

sous forme de délire mystique. Après quoi, des crises comitiales antérieures au délire se seraient multipliées (A. M., Dr Perrens.)

Pendant les jours qui suivent, la fièvre diminue et cesse, la malade se calme.

Et le certificat de quinze jours constate que « l'état de cette malade s'est considérablement amélioré, la grande agitation a disparu, ainsi que les hallucinations, et il ne s'est pas produit de crises convulsives épileptiques. Il reste de l'instabilité, de la tendance à bavarder inconsidérément, sur un rythme rapide, un sentiment excessif de satisfaction. » (Dr Perrens.)

L'état maniaque persiste encore quelque temps.

Quand D... (Gabrielle) sort au mois de décembre, on constate que, durant son séjour à l'asile, elle n'a pas eu d'absences, ni de vertiges, ni de crises convulsives.

Si nous résumons cette observation, on met en évidence :

Une période pendant laquelle l'épilepsie s'est installée par des absences, puis un accès maniaque très court, ensuite la réapparition des crises convulsives qui cèdent enfin la place à un accès maniaque typique.

OBSERVATION XI (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. Anglade, asile de Château-Picon.)

C... (Alida), 39 ans, couturière, entre à l'asile de Château-Picon le 3 décembre 1902. Ses antécédents héréditaires ne contiennent aucune maladie nerveuse ni mentale.

Elle-même a, depuis 10 ans, des crises nerveuses caractérisées par une perte de connaissance et des mouvements convulsifs. Après ces crises, elle est excitée pendant quelques heures.

Dès son entrée à l'asile, la malade a crié toute la nuit, et le lendemain elle est tombée dans le mutisme le plus complet. L'œil est fixe, grand ouvert, la mimique faciale atone, comme figée. On note une tendance à garder les mêmes attitudes. Négativisme. Légère

hémimie avec oméga mélancolique, pseudo-stupeur. Confusion mentale à forme mélancolique, anxieuse, pantophobique. Visions terrifiantes, la malade semble repousser des mains des visions pénibles. Sommeil mauvais, cris la nuit.

L'état général est médiocre.

Front bas, oreilles grandes, zygomat. saillants.

Pendant la semaine qui suit son entrée, la malade ne sort de son mutisme que pour dire qu'elle ne guérira pas, qu'elle n'a pas de quoi payer. Elle refuse toute nourriture, est gâteuse.

On lui fait une série d'injections de sérum de Hayem qui améliorent l'état physique.

Mais l'état mental reste le même. Au mois de juin 1903, elle dit à son frère qui vient la voir : « Es-tu toujours chez M. X... qui paiera ici pour moi ? »

Elle reçoit une série d'injections de cacodylate de soude.

Le 11 octobre, on nota une crise d'excitation. Elle s'est levée, s'est frappé la tête contre le mur.

« Comment allez-vous ? — Et vous... Maintenant que je suis démolie, c'est vous qui paierez ce que je mangerai. »

En février 1904, elle commence à s'alimenter seule.

« Sortez de là, fuyez, vous êtes médecin, vous ? » dit-elle au moment de la visite.

Le 7 avril 1904, Alida C..., qui continue à s'alimenter seule et a demandé spontanément à se lever, se promène dans la cour du quartier. Elle est toujours incohérente, la mimique très mobile.

1905 : L'état physique est bon, la malade est toujours légèrement déprimée.

Subitement, le 11 juillet 1906, on trouve notée une crise épileptique avec cri, chute et perte de connaissance, écume aux lèvres, contracture des membres.

Dans la même journée, plusieurs crises semblables, mais moins fortes que la première.

En décembre 1906, elle a encore des crises qui surviennent la nuit.

Le 19 avril 1907, dans une impulsion, elle s'est frappé le front avec son crachoir.

Mais, en août 1907, l'état maniaque réapparaît dans les réponses qu'elle fait.

« Votre âge? — Depuis que je suis née jusqu'à maintenant, qu'est-ce qu'elle écrit, cette bégueule-là? »

En octobre : « Allez-vous en Charogne. » Elle refuse à nouveau de s'alimenter, injurie ceux qui l'approchent, leur crache au visage.

Cet état dure jusqu'au mois de juillet 1909; G... (Alida) se lève alors et s'occupe à des travaux de broderie.

Elle demande à s'en aller. « Je vais travailler, mais au magasin, on ne me voudrait pas, parce que je suis devenue trop vilaine. »

Mais, au bout de quelques mois, l'accès maniaque recommence en même temps que la santé physique donne des inquiétudes. On lui demande depuis quand elle est à l'asile. « Je m'ennuie, rien, dix, vingt, trente ans? Vous vous foutez de moi. Pourquoi me demandez-vous cette question idiote. Je veux m'en aller. »

Enfin, le 22 décembre 1910, elle demande encore à partir.

« Je suis bien maintenant.

— Vous avez été malade?

— On me le dit. Je crois bien que j'ai été malade, mais je ne me rappelle pas comment je suis venue dans cette maison. »

Cette amélioration de l'état mental marche de pair avec une amélioration de la santé physique.

Mme C... demande à sortir, mais, dit-elle, « vous comprenez, je ne voudrais pas être à charge à ma famille ». Elle dit correctement la date du jour.

Malheureusement, l'amélioration somatique constatée n'était que momentanée, et après plusieurs années de souffrances physiques, de douleurs, elle meurt d'un cancer du cæcum.

Dans cette observation, après une période de dix ans pendant laquelle l'épilepsie se manifestait par des crises suivies d'une légère excitation, l'état maniaque dépressif s'est installé à peu près définitivement, pour céder ensuite, pendant quelques mois, mais d'une façon incomplète, atténuée seulement par les crises comitiales.

OBSERVATION XII (Personnelle).

(Recueillie à l'asile de Château-Picon.)

B... (Mathilde) est entrée pour la première fois à l'asile de Château-Picon le 7 juillet 1906, elle était alors âgée de 28 ans.

Son père et sa mère étaient à cette époque en bonne santé, un de ses oncles s'était suicidé.

Elle avait eu deux enfants dans des conditions normales.

Pendant son adolescence, Mathilde B... avait un caractère difficile : elle s'emportait à la moindre contrariété, brisait alors les objets qui se trouvaient à sa portée, puis, après être restée quelques instants sans paroles, elle manifestait un vif repentir.

A l'âge de 17 ans sont apparues des crises nerveuses auxquelles, malheureusement, aucun médecin n'a assisté. Ces crises précédaient un court accès de mélancolie qui n'a pas motivé l'internement.

M. B. s'est mariée à 21 ans, elle a eu tout de suite un enfant et n'a rien présenté d'anormal pendant les années qui ont suivi son mariage. A 24 ans, elle est enceinte pour la deuxième fois, et alors réapparaissent les « crises de nerfs » caractérisées par de la raideur, des mouvements convulsifs. L'accouchement s'effectue dans de bonnes conditions. Mais, trois mois après, éclate un accès de mélancolie avec deux sérieuses tentatives de suicide, mutisme complet, refus d'aliments. Elle entre alors à l'asile de Château-Picon.

L'examen physique pratiqué à cette époque ne révèle rien qui mérite d'être signalé.

Quand on interroge la malade, on obtient des réponses pénibles lentes, débitées sur un ton triste et monotone, mais exactes. Une ou deux questions posées chaque jour permettent de suivre l'évolution de l'accès. Le 4 mai 1907 : « Si je ne dois pas revoir mes enfants (elle pleure), je demanderai la justice ou la mort... Je suis ici parce que je m'étais jetée dans un puits. Il n'y a pas très longtemps que la mémoire m'est revenue. »

Deux jours plus tard, au moment de la visite, M. B... dansait sur son lit en riant aux éclats, elle se montrait gaie.

« Quel jour est-on ? — Oh ! Monsieur, je suis trop agitée pour vous le dire. Allons, il faudra que je calcule... Si je mérite la prison, qu'on m'y mette... Vous pourrez me garder tant que vous voudrez, je ne changerai pas. »

Ce nouvel état se maintient pendant deux mois, au cours desquels l'agitation est plus ou moins vive.

Puis le calme se rétablit et Mathilde B... quitte l'asile le 24 novembre, guérie de son accès.

Mais elle ne devait pas tarder à revenir, et pendant neuf ans elle fit 4 séjours de trois ou quatre mois, pour des accès absolument semblables au premier, à tel point semblables que le certificat de quinze jours du cinquième internement était ainsi conçu :

« Psychose périodique. L'accès actuel de dépression mélancolique évolue. Le ralentissement de l'activité mentale et physique est très accusé. Il n'existe pas d'idées délirantes proprement dites. Une phase d'excitation succédera à la période de dépression. »
(Signé : Dr Anglade.)

Sortie le 31 décembre 1917, Mathilde B... revient le 26 janvier 1922, dans un état d'hypomanie avec grand besoin de parler et d'agir. Il n'y a pas d'incohérence proprement dite, ni d'idées délirantes. Ce nouvel accès dure six mois.

Un nouvel accès survient deux ans plus tard, caractérisé par de l'agitation presque continue, avec bavardage, besoin d'expansion, des moqueries à l'égard de son interlocuteur.

Certificat de vingt-quatre heures : Psychose périodique. L'accès actuel est franchement maniaque. L'agitation motrice est très vive. La fuite des pensées et du langage très accentuée.

L'amélioration ne tarde pas à se produire. Pendant trois ans, M. B... peut vaquer chez elle à ses occupations.

Le 28 janvier 1927, elle est encore ramenée à l'asile.

Excitation psycho-motrice, instabilité, besoin de déambulation, négligence des soins du ménage et de son jeune enfant, insomnies, colères, impulsions, récriminations, reproches et scènes bruyantes scandaleuses à l'égard de son mari et de ses voisins, cris, gémissements surtout nocturnes, bavardages interminables, lamentations, supplications, gesticulation, désordre des vêtements.

Cet accès cède au mois de juillet de la même année. Mais un mois plus tard M. B... est revenue à l'Asile qu'elle n'a plus quitté depuis. D'ailleurs, quatre jours après son arrivée chez elle, elle avait manifesté des idées mélancoliques.

Elle revient donc à l'Asile au bout de quelques jours avec un syndrome mélancolique caractérisé par de la dépression psychique avec concentration douloureuse de la pensée, mutisme, inertie avec confinement au lit, réponses brèves et péniblement obtenues, difficulté de l'alimentation, sentiment de déchéance physique et morale, demande de sanctions.

Au bout de quinze jours, elle est toujours dans le même état.

Certificat de quinze jours : « S'est maintenue depuis sa réintégration dans un état calme avec ralentissement de l'activité psychique et motrice. Cette phase dépressive risque d'être suivie d'une période d'agitation. » (Signé : Dr Anglade.)

Et, en effet, au mois de février suivant, elle fait une crise d'excitation hypomaniaque avec bavardage (la malade raconte les potins de l'établissement), fuite des idées assez grande (ne s'arrête sur aucun sujet, passe de l'un à l'autre rapidement et à la moindre sollicitation).

Cette crise a débuté par des soucis hypochondriaques.

Deux jours plus tard, c'est le grand accès maniaque, avec une agitation motrice désordonnée, chants, invectives, récriminations, colères, etc.

Et voilà que le 28 octobre 1928, alors que l'agitation s'atténue, éclate une violente crise convulsive que l'on qualifie d'hystéro-épilepsie.

Un mois plus tard la même crise se reproduit.

Le 10 décembre, nouvelle crise avec écume aux lèvres, urination involontaire, convulsions cloniques.

Pendant cette période, la malade est calme.

Le 23 décembre 1928, les crises convulsives se répétant plus fréquemment, on évacue M. B... sur un service d'épileptiques.

Les crises comitiales se sont arrêtées, mais l'agitation a reparu et n'a guère cessé jusqu'à maintenant. Et, le 30 octobre 1932, voici les propos que tenait la malade : « Il n'est pas venu, mon fils.

Je ne comprends pas l'espagnol. Il faut aller au pensionnat, pourquoi me dites-vous que j'ai tué. » Après quoi elle se met à chanter, à gesticuler, sans qu'il soit possible de fixer son attention.

Nous avons tenu à publier tout au long cette observation parce que les accès de folie périodique sont tellement nets, se reproduisant sur un rythme régulier, adoptant chaque fois la même marche : dépression, puis excitation maniaque, et enfin retour à l'état normal.

Les crises convulsives ont été d'abord étiquetées hystérie, puis épilepsie. Il nous a semblé intéressant de rapprocher ce cas de ceux que nous avons relatés plus haut. Il montre une association de psychose périodique, d'hystérie et d'épilepsie. C'est donc en même temps un exemple de plus de la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie chez le même sujet.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS PATHOLOGIQUES

Ainsi, les faits cliniques s'ajoutent aux faits cliniques pour attester qu'il y a entre l'épilepsie et les psychoses périodiques, simples ou à double forme, des rapports d'association, de succession, des symptômes d'alternances ou de parenté.

Association, succession ou alternance des symptômes de l'épilepsie et des psychoses périodiques, voilà des constatations qui semblent devoir échapper désormais à toute contestation.

Reste la question de parenté entre les deux maladies. Pour la résoudre d'une manière définitive, il nous manque deux notions essentielles, celles de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. En ce qui concerne celle-ci, nous possédons des connaissances assez précises sur l'état du système nerveux des épileptiques, mais nous sommes beaucoup moins renseignés sur ce qui se passe dans la folie périodique. Nous ne prétendons pas apporter ici des faits nouveaux sur ces deux points, bien qu'ils soient l'objet de vérifications attentives depuis de longues années dans le laboratoire de l'Asile de Château-Picon. Il nous semble qu'en attendant le résultat de ces recherches, il n'est pas inutile de discuter sur les faits cliniques eux-mêmes, de les interroger sur le point de savoir si l'hypothèse d'une parenté entre l'épilepsie et la folie intermittente est ou non vraisemblable.

*
* *

Voyons d'abord les arguments qui ont été ou sont invoqués contre cette hypothèse de parenté.

Le plus important est celui-ci. Les faits cliniques n'apportent pas la preuve qu'il y a dans la succession ou l'alternance, chez le même sujet, des symptômes de l'épilepsie et de la psychose périodique autre chose qu'une coïncidence fortuite des deux maladies. Certains de ces faits donnent même une explication plausible de cette coïncidence par la présence, dans les antécédents héréditaires, d'une double tare épileptique et vésanique. Magnan, qui, dans son remarquable enseignement, s'évertuait à interpréter le polymorphisme si fréquent dans les syndromes cérébraux par la convergence des causes et des prédispositions, n'a pas manqué de saisir ces faits de la double hérédité épileptique et vésanique pour expliquer la coexistence des deux maladies. Voici comment il s'exprime : « Ces états complexes, cette coexistence chez le même sujet d'une névrose et d'une vésanie ont des origines distinctes, et chez ces malades l'hérédité révèle souvent l'épilepsie de l'un des ascendants, et la vésanie de l'autre. Il y a alors coexistence de deux états morbides très différents, qui se compliquent sans jamais se combiner, tout en conservant chacun leurs caractères propres. » (*Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 62.)

Marcel Briand, élève de Magnan, et Brissaud, s'appuyant sur des faits semblables, ont abouti à la même conclusion et adopté celle du Maître : « Une hérédité double donnera ainsi naissance à un être pathologique double, à la fois épileptique et vésanique. »

On ne peut nier l'importance de ces faits et la logique de l'interprétation qui en est donnée par ceux qui les ont observés. Malgré tout, ces faits sont isolés, et leur témoignage ne saurait prévaloir contre celui d'autres faits plus nombreux et tout aussi précis.

Que disent ces faits? D'abord que le nombre des épileptiques sujets à ce que nous appelons des équivalents de la série vésanique, manie et mélancolie typiques, est relativement considérable, tandis que celui des cas d'association, dans les antécédents héréditaires de ces malades, de la tare épileptique et de la tare vésanique est très réduit. Ces deux tares sont assurément celles qu'il est le plus aisé de découvrir, quelle que soit la réticence des familles en pareille matière. Il est rare que nous ignorions l'hérédité similaire des intermittents; nous aurions connu l'hérédité épileptique si elle avait existé au moins dans quelques cas.

Il est vrai que l'on peut objecter le peu de fréquence de l'hérédité similaire dans l'épilepsie et le peu d'importance de ce facteur hérédité dans l'étiologie de la maladie. A ce sujet, voici comment s'exprime le Professeur Abadie dans son remarquable rapport à la XII^e réunion neurologique internationale : « Le facteur hérédité n'a pas, dans la genèse de l'épilepsie commune, l'importance primordiale qu'on lui attribuait autrefois. L'épilepsie n'est pas une maladie le plus souvent, sinon toujours héréditaire. Dans l'épilepsie, l'hérédité dissemblable ou de transformation n'est guère plus fréquente que chez les sujets normaux; l'hérédité similaire, directe ou indirecte, est exceptionnelle. La proportion totale des cas ainsi observés d'hérédité épileptique similaire ne dépasse pas, d'une façon générale, les chiffres de 5 à 6 p. 100. Les statistiques les plus récentes tendent même à admettre des chiffres inférieurs. »

Cette doctrine pourrait nous conduire à admettre que le sujet vésanique et épileptique tient de son hérédité la vésanie, et de ses propres aptitudes l'épilepsie. Mais cette manière d'interpréter les faits n'est pas à l'abri de toute critique, elle a le tort de n'être qu'une hypothèse au lieu d'une preuve.

Cette autre réflexion de Magnan semble au premier abord plus troublante : « On ne peut dire que ces vésanies conscientes puissent être rattachées à la folie épileptique ou

confondues avec elle, puisque les accès de manie consécutifs aux attaques qui surviennent chez ces malades s'accompagnent toujours de la perte du souvenir, tandis qu'au contraire le délire vésanique propre reste parfaitement gravé dans leur esprit avec ses moindres détails. » (*Leçons cliniques sur les maladies mentales*, p. 63.)

Cette réflexion s'inspire d'une doctrine qui a paru longtemps inaccessible à la controverse. On admettait que les manifestations épileptiques, de quelque nature qu'elles soient, convulsives ou psychopathiques, avaient pour caractère essentiel de ne laisser aucun souvenir dans l'esprit du malade qui les avait présentées. Il a fallu s'incliner devant les faits; il en est de très authentiques et de fort bien observés qui démontrent irréfutablement l'existence d'une épilepsie consciente et mnésique. On les trouvera rapportés et commentés dans l'excellente thèse de de Curton, élève d'Abadie, soutenue en décembre 1932. En voici les conclusions : « Qu'il s'agisse d'épilepsie convulsive commune ou d'épilepsie psychique larvée, le mal comitial peut exister sans que ses manifestations soient inconscientes et amnésiques. » L'auteur se demande par ailleurs s'il n'est pas « logique de conclure : les psychoses périodiques sont des formes d'épilepsie larvée, mais d'une épilepsie consciente et mnésique. »

Au surplus, il ne serait pas facile de prouver que les crises de folie intermittente, maniaques ou mélancoliques, laissent des souvenirs toujours précis dans l'esprit de ceux qui les ont traversées. Il y a dans ces souvenirs des degrés qui vont de la dysmnésie simple jusqu'à l'amnésie totale; il suffit, pour s'en assurer, d'interroger systématiquement les malades au sortir de leur accès.

Aussi l'argument tiré du caractère mnésique ou non, des accès de vésanie, ne nous semble pas devoir être retenu, dans un sens comme dans l'autre. Le fait, pour un malade, d'avoir perdu le souvenir de ce qu'il a fait ou dit, au cours d'un accès de manie, ne signifie pas que cet accès relève de l'épilepsie,

ni non plus qu'il dénonce, à lui tout seul, une névrose épileptique sous-jacente.

Cela veut dire que ce n'est pas à la doctrine de l'épilepsie larvée, avec ses manifestations exclusivement psychopathiques, que nous aurons recours pour étayer l'hypothèse de la solidarité de la vésanie intermittente et de l'épilepsie convulsive. Ainsi, nous échapperons au reproche, d'ailleurs immérité, qui est fait aux psychiatres « d'avoir une tendance trop marquée à la placer les troubles psychiques au centre du problème de l'épilepsie » (Muskens, *L'Epilepsie*, p. 364). Et Muskens précise que Doutrebente considère l'épilepsie comme une psychose. Bien avant lui, Charcot, qui n'était pourtant point psychiatre, avait déclaré que l'hystérie est une maladie mentale. Comment l'épilepsie ne le serait-elle pas aussi à des degrés variables suivant les cas ?

Par contre, c'est un psychiatre, Legrand du Saulle, qui a donné de la mentalité des épileptiques, non vésaniques au sens propre du terme, la définition que voici : « L'épilepsie modifie à ce point les tendances antérieures et les qualités intellectuelles et affectives des malades qu'elle finit par les ramener à une expression générale et qu'elle leur imprime un cachet commun et des plus reconnaissables... En dehors de toute crise convulsive, les épileptiques sont égoïstes, méfiants, ombrageux, irritables et emportés. Il suffit quelquefois d'un geste ou d'un regard pour leur causer l'impression la plus fâcheuse et enflammer leur colère. Soupçonneux, querelleurs, difficiles à vivre et n'aimant personne, ils se plaignent à tort, se disputent et se font haïr. Leurs mouvements impétueux n'excluent ni la pusillanimité, ni la poltronnerie; chez eux, tout est en contradiction. Ces mêmes hommes dont l'humeur acariâtre, méchante et rebelle a tout à l'heure fixé votre attention, les voici maintenant soumis, prévenants, polis, flatteurs, obséquieux et rampants; ils vous entourent, vous prennent les mains, se mettent entièrement à votre disposition et vous font mille protestations. La mobilité des manifestations psychiques dans l'épilepsie est telle qu'à midi un

malade affable, gai, démonstratif, enthousiaste, se sera applaudi de ses actions, aura vanté les ressources de son esprit et de son cœur, aura fait le loquace et exubérant éloge de sa femme, de ses enfants et de ses amis, aura complaisamment énuméré une foule de projets, et qu'à trois ou quatre heures vous retrouverez peut-être cet homme en proie à la tristesse la plus sombre, au désespoir le plus navrant. »

A quelques détails près, ce tableau de l'état d'esprit de l'épileptique en dehors des crises convulsives est exact. Et, dans les grandes lignes, il rappelle celui de certains maniaques dépressifs dans leurs périodes de détente, dans ce qu'on appelle leurs intervalles lucides. Cette description qu'en fait Arnaud dans son *Traité de pathologie mentale* (p. 629) est presque superposable à la formule psychique de l'épileptique : « Ordinairement très impressionnables, très excitables, ces malades ont des sympathies et des antipathies soudaines et très vives; ils s'irritent avec une extrême facilité, et leurs accès de colère s'accompagnent fréquemment d'actes de violence mais, par une sorte de compensation, ils sont très accessibles à la tristesse, à l'abattement et ils éprouvent pour des futilités des chagrins violents. »

Est-il besoin de rappeler que Douthente n'était pas un précurseur lorsqu'il qualifiait d'épilepsie larvée une psychose périodique qui, après s'être manifestée longtemps par des accès de manie récurrente, avait versé dans l'épilepsie convulsive. C'est encore Legrand du Saulle qui l'avait précédé dans cette interprétation, beaucoup plus hardiment, d'ailleurs, car lui n'hésitait pas à conclure à l'épilepsie larvée, en présence de certains symptômes psychopathiques, sans attendre que la convulsion les eût authentifiés : « Il existe, dit Legrand du Saulle, une catégorie d'individus qui, à des époques jusqu'à un certain point périodiques, sont susceptibles de présenter tout à coup des anomalies intellectuelles d'une durée très brève, des étrangetés de caractère, des violences de langage, des écarts de conduite ou des impulsions fâcheuses, avec ou sans troubles hallucinatoires de la vue.

parfois avec une véritable aura, mais invariablement avec la perte absolue du souvenir de tout ce qui a pu se passer pendant ces éclipses partielles de raison, de volonté et de liberté totale... Qu'on le sache bien, ces hommes qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, vagabondent sans le savoir sont affectés d'épilepsie fruste ou larvée. Chez eux, la symptomatologie est inachevée et on ne retrouve que le côté intellectuel de la terrible névrose. Le vertige, l'accès incomplet et la grande attaque convulsive font défaut, ne se produisent que beaucoup plus tard ou ne se montrent jamais. Et Trousseau avait coutume de répéter : « L'épilepsie est la maladie que l'on méconnaît le plus souvent. » ⁽¹⁾

Ces réflexions de Legrand du Saulle et de Trousseau attestent que les psychiatres ne sont pas les seuls à marquer de la « tendance à placer, comme le dit Muskens, les troubles psychiques au centre du problème de l'épilepsie ».

Mais passons, puisque nous avons résolu de ne pas invoquer en faveur de notre thèse la conception de l'épilepsie larvée, qui procède assurément de déductions judicieuses, mais ne s'appuie pas sur des faits cliniques incontestables de coexistence chez le même sujet de la folie intermittente et d'épilepsie convulsive. Or, c'est en nous basant sur ces faits que nous voulons discuter les arguments produits contre l'hypothèse de la communauté d'origine de la psychose périodique et de l'épilepsie lorsqu'elles se rencontrent chez le même sujet.

Le plus sérieux de ces arguments, avons-nous dit, est celui de la convergence de deux tares héréditaires; la tare épileptique et la tare vésanique s'exerçant sur une même personne pour la rendre tour à tour maniaque, mélancolique, épileptique. Des faits de ce genre ayant été constatés, on a conclu qu'il s'agissait de l'association de deux maladies indépendantes, même lorsque la recherche des antécédents héréditaires ne donne que des renseignements négatifs entièrement ou partiellement.

(1) Trousseau, cité par Legrand du Saulle, p. 378, *Traité de médecine légale*.

A cet argument de fait, nous répondrons par un argument de fait : les cas que nous avons rapportés ou que nous avons observés nous-même ne contiennent pas la preuve d'une fréquence de cette double hérédité. Et il serait imprudent de conclure à une aptitude convulsivante acquise par le sujet sous prétexte que l'hérédité similaire est rare dans l'épilepsie.

Par contre, dans l'observation VIII, on voit une femme, atteinte de folie intermittente, verser après plusieurs accès dans l'épilepsie convulsive et transmettre à sa descendance non point l'épilepsie et la folie intermittente, mais celle-ci seulement. Bien mieux, les accès présentés par la mère ont été parfois teintés de confusion; ils n'ont pas toujours laissé des souvenirs précis dans son esprit; au lieu que les accès présentés par son enfant sont absolument typiques et mnésiques.

A vrai dire, ce qui frappe, dans ce cas comme dans les autres, c'est que la convulsion semble avoir qualité pour remplacer l'accès de vésanie et réciproquement. Nous avons eu sous les yeux une grande épileptique à crises convulsives presque quotidiennes, qui n'interrompait ce rythme que lorsqu'elle entraît dans un accès de manie très typique; et celui-ci durait plusieurs semaines ou quelques mois, sans souffrir aucune convulsion, après quoi il se terminait par la détente, brève et amnésique. La seule particularité de la crise maniaque était, comme toujours, l'exagération de la tension motrice, et sa tendance à se répandre sous forme de réactions brutales, ce qui d'ailleurs n'est pas rare chez les maniaques typiques.

De l'examen attentif des observations les mieux recueillies, on ne retire pas cette impression que le passage d'une folie intermittente à l'épilepsie aurait pu être révélé par les caractères des accès de manie ou de mélancolie. Ceux-ci, d'ailleurs, sont variables dans leurs éléments, et il serait dangereux de tabler sur une ou plusieurs de ces variations pour prédire l'évolution ou les complications de la maladie.

Ce que la clinique enseigne, c'est que les accès de manie

ou de mélancolie les plus typiques sont susceptibles de s'observer, d'une part, au titre d'équivalents et de remplacement, au cours d'une épilepsie convulsive; d'autre part, que des accès périodiques de manie ou de mélancolie, de psychose alternante typique ou atypique, peuvent être remplacés par des attaques d'épilepsie convulsive ou admettre celles-ci dans leur alternance, sans que les uns ou les autres soient obligatoirement influencés par leur coexistence chez le même sujet.

Ce qui ne suffit pas pour démontrer qu'elles sont indépendantes, qu'elles ne relèvent pas de mêmes circonstances étiologiques, qu'elles ne sont pas dues à un même processus anatomo-pathologique s'exerçant sur des centres corticaux différents.

Il y a dans la clinique psychiatrique de nombreux faits qui plaident en faveur d'une étiologie et d'une anatomo-pathologie communes. C'est ainsi que, dans la paralysie générale, dans la sénilité cérébrale, dans les traumatismes cérébraux, on peut voir se réaliser, se succéder, des manifestations d'ordre maniaque et d'ordre convulsif. Et ceci nous paraît être un argument de premier ordre en faveur d'une parenté étroite entre la folie périodique et l'épilepsie.

Plaident dans le même sens les nombreux travaux qui ont démontré le rôle des troubles circulatoires dans le développement aussi bien des psychoses périodiques que de l'épilepsie. Pour les premiers, il suffit de se reporter aux conclusions d'Albrecht et, pour la dernière, nous devons citer le travail d'Anglade sur la forme cardio-vasculaire de l'épilepsie comme celui tout récent de Lian qui, sans connaître les conclusions d'Anglade, en a formulé de semblables.

Ce qui prouve qu'une même cause a pu légitimement être soupçonnée de produire directement ou indirectement, soit la folie intermittente, soit l'épilepsie, soit les deux ensemble chez le même sujet.

Est-ce à dire que l'on puisse conclure dès à présent à l'identité absolue des deux maladies ? Est-il logique d'admettre

que l'épilepsie essentielle se complique toujours des symptômes atténués du type des manies intermittentes ? Tandis qu'une psychose périodique ne serait qu'une épilepsie psychique toujours prête, et y réussissant parfois à se manifester sous la forme convulsivante.

Cette doctrine ne nous semble pas encore établie sur des preuves suffisantes et définitives. Il n'y aurait d'ailleurs aucun profit à considérer dès maintenant le problème comme résolu. Mieux vaut persévérer dans l'analyse attentive de tous les cas que de s'aventurer dans les synthèses prématurées et stériles.

Remarquons toutefois que de nombreux observateurs ont, comme nous, remarqué l'intérêt de cette étude et se sont cru autorisés à conclure plus formellement que nous ne le ferons. Morel voulait déjà classer les intermittentes « dans la variété des aliénés épileptiques ». Doutrebente admettait que « la forme élémentaire, primitive, la plus simple de l'épilepsie larvée, serait la folie périodique ou à double forme, à intervalles lucides ». Nous avons aussi mentionné que Krisch a résolument rattaché à l'épilepsie toutes les manifestations de la psychose maniaque dépressive. Enfin, tout récemment, de Curton a trouvé « logique de conclure : les psychoses périodiques sont des formes d'épilepsie larvée, mais d'une épilepsie consciente et mnésique ».

Sans nous juger nous-même autorisé à être aussi affirmatif, nous croyons qu'il y a, dans cet ordre d'idées, à l'heure actuelle, un certain nombre de faits bien établis et qui méritent d'être pris en considération. On peut les résumer ainsi :

Les folies périodiques ont avec l'épilepsie des liens de parenté et non pas seulement de coïncidence. Anglade et Jacquin l'ont déclaré en 1907, et, postérieurement à ce travail, les observations faites dans le même service de Château-Picon n'en ont pas infirmé les conclusions. Ces conclusions se trouvent fortifiées par celles d'autres auteurs, notamment de Krisch, de Curton.

Il nous semble démontré que si la folie périodique et l'épi-

leptie se rencontrent, c'est qu'elles ont des affinités : même périodicité, même soudaineté dans les manifestations psychiques et convulsives, même psychologie dans l'intervalle des accès.

Anglade et Jacquin y ont reconnu des ressemblances anatomo-pathologiques : dans les deux cas, cerveau élastique « en érection » et, histologiquement, prolifération névroglique, la différence semblant porter sur l'intensité et la localisation du processus. Voici d'ailleurs quelques lignes extraites de ce travail : « Nous ne sommes pas éloignés de penser que la Corne d'Ammon était dans ces deux maladies le point de départ d'un processus névroglique qui rayonne vers les centres sensoriels et la zone du langage. Et il nous a semblé que les épileptiques dont les circonvolutions temporo-pariétales étaient très atteintes étaient précisément ceux qui avaient présenté des équivalents maniaques. » Ces recherches demandent à être poursuivies. C'est l'anatomie pathologique qui doit avoir le dernier mot dans cette question.

CONCLUSIONS

I. — L'épilepsie convulsive se complique très fréquemment et notamment d'épisodes identiques à ceux de la psychose périodique. Les convulsions cessent lorsque les accès vésaniques surgissent.

II. — Inversement, la psychose périodique admet la crise convulsive au titre d'épisode de remplacement.

III. — Le cas le plus fréquent est celui des crises convulsives survenant après une longue période d'accès vésaniques.

IV. — Les arguments produits en faveur d'une coïncidence des deux maladies et contre leur parenté ne sont pas décisifs.

V. — La clinique offre de multiples raisons de penser qu'il y a entre la psychose périodique et l'épilepsie des liens étroits.

VI. — En particulier, il faut remarquer que les maladies organiques, toxiques, infectieuses ou involutives, déterminent indifféremment des accès de psychose ou des attaques convulsives : ainsi la paralysie générale, l'alcoolisme, etc.

Pour la psychose périodique (Albrecht) comme pour l'épilepsie (Anglade, Lian), les troubles cardio-vasculaires ont

été reconnus capables de déclencher les accès de l'une et de l'autre maladie.

VII. — L'anatomie pathologique n'a pas dit son dernier mot. Jusqu'à présent, elle ne répudie pas l'hypothèse d'une similitude des lésions du système nerveux, avec des prédominances régionales différentes dans l'épilepsie et dans la psychose périodique.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 24 janvier 1933.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABADIE. — Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies. XII^e Réun. neur. intern., Paris, 1932, p. 10.
- Rapport sur l'épilepsie psychique. XII^e Réun. neur. intern., Paris, 1932, p. 165.
- ADDISON et HOWDEN. — Compte rendu. *Ann. méd.-psych.*, 1867.
- ANGLADE et JACQUIN. — Epilepsie dite cardio-vasculaire. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 mars 1907.
- Psychoses périodiques et épilepsie. *Encéphale*, juin 1907.
- ARNAUD. — Traité de pathologie mentale. Gilbert-Ballet, 1903, p. 629.
- ASCHAFFENBURG. — Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker, 1906, Halle C. Marhold.
- BALL. — *Encéphale*, 1886, p. 609.
- BEDEL. — Des rapports des obsessions avec les psychoses périodiques. Th. Paris, 1911.
- BERGÈS. — L'épilepsie psychique. Th. Toulouse, 1910, p. 39-90.
- BIANCHI. — Trattato di psichiatria, Naples, 1905.
- BILLOD. — Epilepsie larvée. *Ann. méd.-psych.*, 1858, t. IV.
- BOUCHET et CAZAUVIEHL. — De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1825.
- BRIAND et BRISSAUD. — Compte rendu des séances de la Soc. de psych. *Ann. méd. psych.*, 1909, p. 457.
- BUCHWILL et TUKE. — A manual of psychological medicine, Londres, 1879.
- CAMUS. — Les équivalents psychiques de l'épilepsie. *Paris médical*, 1912, p. 387.

- CAVALIER. — Sur la fureur épileptique. Th. Montpellier, 1850.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1888-1889.
- CHRISTIAN. — Epilepsie. Folie épileptique. Compte rendu du Congrès de médecine mentale, Paris, 1878.
- CLAUDE (H.). — Psychose épileptique d'origine commotionnelle à forme excito-dépressive. Séance du 18 déc. 1919. *Encéphale*, janv. 1920.
- CORNU. — Les migraines et leurs rapports avec les états convulsifs et délirants. Th. Lyon, 1901.
- CROUZON. — Le syndrome épilepsie. *Bibliothèque des grands syndromes*, Paris, G. Doin, 1929, in-8°, p. 60.
- CURTON (de). — L'épilepsie consciente et mnésique. Th. Bordeaux, 1932.
- DAGONET. — Rapport sur l'asile de Stephansfeld, 1853.
- DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, 1854, p. 151, Paris, Masson, édit.
- DEVAY. — Compte rendu du Congrès des neurol. et des alién. de Rennes, t. II, 1906, p. 332.
- DOUTREBENTE. — Manie rémittente, double forme. Epilepsie larvée. *Ann. méd. psych.*, 1886, p. 179 à 187.
- ECHVERRIA. — De l'épilepsie nocturne. *Ann. méd.-psych.*, 1879, p. 188.
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, 1838, t. I, p. 286.
- FALRET. — De l'état mental des épileptiques, 1890, p. 29-40.
- FÉRÉ. — L'épilepsie et les épileptiques, 1890, p. 142 et suiv. Paris, Alcan, édit.
- GARIMOND. — Contribution à l'histoire de l'épilepsie. *Arch. méd.-psych.*, 1878, p. 1 et suiv.
- GELMA. — Diagnostic de l'épilepsie larvée. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1926.
- GOWERS. — De l'épilepsie (traduit en français par Carrier), Masson, éd., 1883, p. 194.
- GRIESINGER. — Traité des maladies mentales, 1865.
- GUALINO. — Cronaca del R. Manicomio in Alessandria, 1913. Compte rendu p. Wahl. *Encéphale*, avril 1914, p. 391.
- GUILLERMIN. — De la manie épileptique. Th. Paris, 1857.

GUREWITSCH. — Zur Differentialdiagnose der Epileptischen Irreseins, 1912.

HEILBRONER. — Jahrbucher fur psych. Und. Neurol., 1903.

HUGLINGS JACKSON. — On a particular variety of epilepsy. In *Medical press and Circular. Brain.*, 1888, p. 409.

JANIN. — De l'épilepsie larvée. Th. Paris, 1875, p. 22.

KRAFFT-EBING. — Epileptische Manie, Jahrb., 1920.

KRAEPELIN. — Introduction à la psychiatrie clinique, 1900. Traduite en français p. Devaux et Merklen en 1907.

KRISCH (H.). — Epilepsie und manisch depressives Irreseins. *Abhandlungen aus der Neurol. und psych.*, Berlin, 1922.

LEGRAND DU SAULLE. — Traité de médecine légale, 1874.

— Etude médico-légale sur les épileptiques, Paris, 1877.

LÉPINE. — Considérations sur la nature et le traitement des folies périodiques. *Lyon médical*, 1911.

LOMBROSO. — V^e Congresso della Soc. fren. ital. Sienne, 1886.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893.

— Arch. de neur., 1881, p. 50.

MAUDSLEY. — Le crime et la folie, Alcan, 1881, p. 42.

MONDIO (G.). — Contribution à l'étude de l'équivalent épileptique. *Encéphale*, avril 1907, p. 419.

MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860, p. 480.

— L'épilepsie larvée, *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, t. VII, 1860, p. 773, 819, 836.

MUSKENS. — L'épilepsie. Pathogénie comparée. Symptomatologie et traitement. Paris, Maloine, 1929, in-8°, p. 363.

OLLIVIER. — Ann. méd.-psych. du Centre, févr. 1906.

PARAVICINI (G.). — Rassegna di psichiatria, janv.-févr. 1911.

PICARD (J.). — *Encéphale*, déc. 1928, p. 928.

PIERRET. — Etats convulsifs. *Sem. méd.*, 1896.

— Pathogénie des épilepsies, *Rev. de méd.*, 1913.

PITRES. — *Rev. de méd.*, 1888, p. 609.

RÉGIS (E.). — Précis de psychiatrie, 6^e éd., 1924.

RENAUDIN. — *Ann. méd.-psych.*, 2^e série, 1850, p. 479.

ROQUES DE FURSAC et ABELY. — *Encéphale*, févr. 1920, p. 157.

RITTERSHAUSS. — Zur psychologischen Differential diagnose der einzelnen Epilepsieformen, *A. f. Ps.*, 46.

- SAIZ. — Untersuchungen über die Aetiologie der Manie, Berlin, 1907.
- SAMT. — Epileptische Irreseins formen.
- SCHLUB. — Epilepsie larvée. *Ann. méd.-psych.*, 1907.
- SOMMER. — Depressionszustände und ihre Bedeutung.
- TAMBURINI. — V° Congresso della Soc. fren. ital., Sienne, 1886.
- TANZI. — Tratto della malattie mentali, Florence, 1905.
- TINEL et LAMACHE. — Séance de la Soc. de psych. de Paris. *Encéphale*, déc. 1928, p. 28.
- UGOLOTTI. — Sui rapporti della psychosi maniaco depressivo coll'epilepsia, t. II, 1908, p. 200.
- VENTURI. — Sulla mania transitoria.
- ZARITCH. — Troubles mentaux chez les épileptiques. Th. Bordeaux, 1922.
- ZILLOCHI. — Epilepsie artério-sclérotique dans la psychose maniaque dépressive. *Il Morgagni*, Parte 1°, 1911. Compte rendu, *Epilepsia*, t. II.

